

# FORMULARIO DE ADMISIÓN

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Hembra

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  Soltero  Casado

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Zip: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

Médico General: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si el paciente es un MENOR, nombre y firma del padre: \_\_\_\_\_

Ha tenido fisioterapia antes?:  Sí  No Si ha tenido, por cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_

Nivel de Estrés: 1 low---2---3---4---5 high Cual es la causa? \_\_\_\_\_

NUTRICIÓN: Cual es su nivel de conocimiento de nutrición?  Nada  Un poco  Nivel Medio  Mucho

Tiene alguien que vive cerca que puede ayudar en casa?  Familia  Amigo(s)  Nadie  Otro: \_\_\_\_\_

Tiene un actividad que es importante a usted (o que le gusta hacer)? \_\_\_\_\_

Cómo se enteró de nosotros?  Doctor  Familia/Amigo  Internet  Facebook  Anuncio  Otro: \_\_\_\_\_

Tenemos recordatorios para sus citas, cual manera prefiere?  Llamada automatizada  Texto  Correo Electrónico

## REGLAS Y POLÍTICAS IMPORTANTES

- TARDE: Si estoy mas de 10 minutos tarde para mi cita, es posible que sea reprogramado o que tenga que esperar por la proxima cita disponible.**
- 48-Horas de aviso es necesario para cambiar mi cita, o una cuota de \$25 puede ser aplicada**
- Copago o deducible debe ser pagado antes del tratamiento.**
- Hay una cuota de \$25 si no me presento a la cita sin aviso, o si mi aviso es menos de 48 horas antes de mi cita.**
- Teléfonos deben ser silenciados o apagados.**
- Niños que necesitan supervisión no deben asistir a mis citas sin previa autorizacion.**
- Si tiene dificultad con sus finanzas, por favor avisarnos inmediatamente para ofrecerle un programa de pago mas factible.**
- Si por cualquier razón, no estoy satisfecho con el tratamiento recibido, entiendo que puedo llamar al administrador al (321) 445-5074**
- He leído y estoy de acuerdo con las políticas mencionadas. Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**

Entiendo completamente y reconozco que (a) las actividades en que participaré durante tratamiento proporcionado por Hohman Rehab y las actividades de fisioterapia y el equipo que puedo usar como parte de ese tratamiento tienen riesgos inherentes y peligros, y en el uso de cualquier equipo y mi participación en estas actividades; (b) mi participación en actividades de fisioterapia y / o el uso del equipo antedicho puede ocasionar lesiones o enfermedades que incluyen, entre otras, lesiones corporales, enfermedades, distensiones, fracturas, parálisis total y / o parcial, muerte u otras dolencias que podrían causar una discapacidad grave; (c) estos riesgos y peligros pueden ser causados por la negligencia de los representantes o empleados de Hohman Rehab, y cualquier otra entidad, persona o asociado, la negligencia de los participantes, la negligencia de otros, accidentes, incumplimiento de contrato o otras causas. Con mi participación en estas actividades y con el uso del equipo, asumo todos los riesgos y peligros y toda responsabilidad por cualquier pérdida y / o daño causado, en todo o en parte, por la negligencia o la conducta de los representantes o empleados de Hohman Rehab, o cualquier otra persona. Yo, en nombre de mí mismo, mis representantes personales y mis herederos, acuerdan voluntariamente liberar, renunciar, defender e indemnizar a Hohman Rehab y sus representantes, empleados y cesionarios de cualquier reclamo, acción o pérdida. por lesiones corporales, daños a la propiedad, muerte por negligencia, pérdida de servicios o de otro tipo que puedan surgir de mi uso de cualquier equipo o participación en estas actividades. Entiendo específicamente que estoy liberando y renunciando a cualquier reclamo o acción que pueda tener actualmente o en el futuro por actos negligentes u otra conducta por parte de los representantes o empleados de Hohman Rehab.

HE LEÍDO LA RENUNCIA ANTEDICHO Y LA LIBERACIÓN Y CON MI FIRMA LA ACEPTO. ES MI INTENCIÓN EXIMIR Y LIMITAR A HOHMAN REHAB DE LA RESPONSABILIDAD POR LESIONES PERSONALES, DAÑOS A LA PROPIEDAD O MUERTE INCORRECTA CAUSADA POR NEGLIGENCIA O CUALQUIER OTRA CAUSA.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Reconocimiento & Consentimiento del Aviso de HIPPA

Hohman Rehab & Sports Therapy  
236 Mohawk Road, Clermont, FL 34711  
(352)404-6908  
www.hohmanrehab.com

## RECONOCIMIENTO

Hé recibido y leído la Noticia de Prácticas de Privacidad de **Hohman Rehab and Sports Therapy** y entiendo mis derechos contenidos dentro de la noticia.

Firma del **PACIENTE** o **GUARDIÁN LEGAL**

Fecha

Escriba el nombre del **PACIENTE**

Escriba el nombre del **GUARDIÁN LEGAL**

## CONSENTIMIENTO

Por la presente doy mi consentimiento para que Hohman Rehab y Sports Therapy utilicen y divulguen información médica protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica (TPO). El aviso de privacidad proporcionados por la práctica nombrado anteriormente describe tales usos y divulgaciones de forma más completa.

Tengo derecho a revisar la Noticia de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. **Hohman Rehab y Sports Therapy** se reservan el derecho de revisar su Noticia de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Se puede obtener una Noticia de Prácticas de Privacidad revisado enviando una solicitud por escrito a **Katie Hohman, 236 Mohawk Road, Clermont, FL 34715**.

Con este consentimiento, **Hohman Rehab y Sports Therapy** puede:

- Llamar a mi casa u otro numero alternativo y dejar mensaje en el correo de voz en referencia a cualquier articulo que ayude a la compania en la realizacion del TPO, como recordatorio de citas, preguntas acerca del seguro y cualquier llamada relacionada con mi atencion en la clinica, incluyendo resultado de exámenes o pruebas entre otros.
- Comunicarse conmigo via telefono, correo postal, texto o correo electronico para participar en eventos de publicidad, pertinentes a los productos o servicios ofrecidos por **Hohman Rehab and Sports Therapy**
- Usar fotos o videos míos para propósitos de promoción por internet o dentro de la oficina.
- Enviar por correo electrónico, correo postal o mensaje de texto a mi casa u otro numero/lugar alternativo cualquier articulo que ayude a la Clinica en la realizacion del TPO, tal como recordatorio de citas, estados de cuenta del paciente, programas de ejercicios o recordatorios y actualizaciones de mi Terapeuta y su Equipo.
- Tengo derecho a solicitar que **Hohman Rehab and Sports Therapy** restrinja como usar o divulgar mi PHI para la realizacion del TPO. La Clinica no esta obligada a aceptar mis restricciones requeridas, pero si lo hace, esta obligada por este acuerdo.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para permitir que **Hohman Rehab y Sports Therapy** utilicen y divulguen mi PHI para llevar a cabo TPO y otros usos aprobados como se indica anteriormente.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho revelaciones en función de mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, o luego lo revoco, **Hohman Rehab y Sports Therapy** pueden negarme a brindarme tratamiento.

Firma del **PACIENTE** o **GUARDIÁN LEGAL**

Fecha

Escriba el nombre del **PACIENTE**

Escriba el nombre del **GUARDIÁN LEGAL**

# Asignación de mis Beneficios

**IMPORTANTE:** Toda la información debe estar completa, o NO PODEMOS trabajar con su plan de seguro directamente

## 1. Información de mis Beneficios

Cuál es su deducible? \$ \_\_\_\_\_ y Coseguro \_\_\_\_\_ (Por los servicios que busca)

Are there any maximums?

*Si no sabe esta información, llame al numero "800" en su tarjeta de seguro. Nuestra Recepcionista puede ayudarlo.*

## 2. Información de la póliza:

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Insurance Policy 1: Name/Number/Group # (if applicable) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\*\*IS PATIENT INSURED THROUGH SOMEONE ELSE'S POLICY? Give their info here: (otherwise, skip this portion)**

- Policyholder Name: \_\_\_\_\_

- Policyholder Social Security Number: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

- Address (if different than Patient) \_\_\_\_\_

- Su relación al titular de la póliza:  Padre  Esposo/a  Otro \_\_\_\_\_

Por la presente instruyo y dirijo \_\_\_\_\_  
compañía de seguros para pagar con cheque a nombre de Hohman  
Rehab & Sports Therapy, LLC; enviado a la  
dirección indicada a la derecha (no a la mía). Si esta póliza prohíbe  
pago directamente a un doctor/terapeuta, por la presente  
también instruyo y dirijo a ustedes para pagar un cheque a mi y envío a  
la dirección de arriba para los beneficios profesionales o médicos  
permitidos, y por lo demás pagadero a mi bajo de mi  
póliza de seguro actual como pago hacia los gastos totales por servicios

**Hohman**  
**Rehab**

**Physical Therapy & Pain Management**  
236 Mohawk Road • Clermont, Florida 34715  
Phone (352) 404-6908 • Fax (352) 404-6909  
www.ClermontPT.com • info@hohmanrehab.com

Esta es una asignación directa de mis beneficios bajo esta póliza.

Este pago no excederá mi endeudamiento con el cesionario mencionado anteriormente, y he aceptado pagar, de manera actual, cualquier saldo de dichos cargos por servicios profesionales por encima del pago del seguro.

- Una fotocopia de esta Asignación se considerará tan efectiva y válida como la original.
- Autorizo la divulgación de cualquier información médica (o de otro tipo) pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado involucrado en este caso con el fin de procesar reclamos y asegurar el
- Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones para seguros.
- Autorizo a la Hohman Rehabilitación y Terapia a depositar cheques en mi
- Autorizo a Hohman Rehab & Sports Therapy, LLC para iniciar una queja ante el Comisionado de Seguros por cualquier motivo en mi nombre.
- Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro.

Fechado \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

Firma del titular de la póliza

Testigo

Firma del reclamante, si no es titular de la póliza